

**W N I O S E K**  
**O PRYZNANIE ZAPOMOGI DLA CZŁONKÓW ODDZIAŁU ZNP W KATOWICACH**

I. DANE CZŁONKA ZNP UBIEGAJĄCEGO SIĘ O ZAPOMOGE LOSOWA / ZDROWOTNA / SOCJALNA\*:

\_\_\_\_\_ imię i nazwisko / data urodzenia

\_\_\_\_\_ dane kontaktowe (adres, telefon)

\_\_\_\_\_ miejsce pracy / zajmowane stanowisko

\_\_\_\_\_ staż w ZNP

\_\_\_\_\_ pełnione funkcje

\_\_\_\_\_ nr legitymacji

II. UZASADNIENIE WNIOSKU:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

III. ZAŁĄCZANE DOKUMENTY:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IV. INFORMACJA NA TEMAT OSTATNIEJ ZAPOMOGI PRYZNANEJ PRZEZ ZARZĄDU ODDZIAŁU ZNP W KATOWICACH:

\_\_\_\_\_ Wysokość pomocy / Data

